DE L'HYDARTHROSE

N° 65

ET DE SON TRAITEMENT.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

le 3 Août 1850.

PAR

MICHELET (JOSEPH),

de SAINTES (Charente-Inférieure),

CHIRURGIEN AIDE-MAJOR AU 3e RÉGIMENT DE HUSSARDS,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

JEAN MARTEL AÎNÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue de la Préfecture, 10.

1850

A MA MÈRE,

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE.

Soyons toujours étroitement unis !

J. MICHELET.

A Monsieur le Docteur BRIAND,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Chirurgien-Major à l'Hôtel des Invalides.

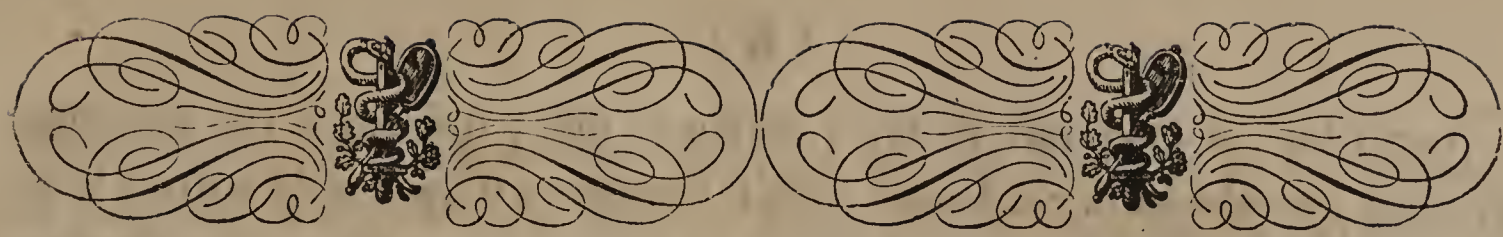
Hommage de reconnaissance pour les bontés dont il m'honore.

A Monsieur le Docteur MAYAUD,

Chirurgien-Major du 3e Régiment de Hussards.

Amitié reconnaissante.

J. MICHELET.



DE L'HYDARTHROSE

ET DE SON TRAITEMENT.

De tout temps, les affections des articulations ont été considérées comme des maladies très-graves, et la médecine a souvent dû épuiser contre elles toutes ses ressources thérapeutiques; on a donc lieu d'être surpris de ne trouver dans les écrits des anciens que des descriptions confuses sur un sujet aussi intéressant, comme on peut s'en convaincre par les dénominations diverses qu'ils ont données aux mêmes affections. On est étonné, par exemple, du peu d'importance qu'ils semblent avoir attaché à l'étude de l'hydarthrose, car ils ne nous ont laissé de ce genre d'altération que des descriptions vagues, qui peuvent se rattacher également au rhumatisme articulaire, à la goutte, aux tumeurs blanches. Nous ne pouvons cependant supposer que l'hydropisie des articulations ait échappé à leur esprit observateur.

Ambroise Paré est un des premiers qui, sous le nom d'*apostème aqueux*, ait décrit cette maladie avec ses véritables caractères; mais il ne donne les moyens de la reconnaître que lorsque l'articulation a acquis un volume considérable, et que déjà la fluctuation y est parfaitement évidente.

Après lui, Jean-Louis Petit, Lieutaud, Bell, qui ont écrit sur cette affection, semblent la confondre avec les tumeurs blanches de nature lymphatique. Plus près de nous, Desault ne nous a point laissé de l'hydarthrose une description plus satisfaisante : il semble ne s'être attaché qu'au traitement de cette maladie, et c'est à lui que nous devons l'évacuation du liquide par le procédé de l'incision, dont nous parlerons à l'article *Traitement.*

Nous arrivons enfin aux écrits des modernes, et ce n'est véritablement qu'au commencement de ce siècle, que l'on trouve sur l'hydarthrose des idées exactes et satisfaisantes. Boyer, le premier, a écrit sur sa nature et son traitement avec cette clarté et cette supériorité que l'on est habitué à trouver dans tous ses ouvrages. MM. Gimelle, Goyrand, Velpeau et M. Jules Roux sont venus ajouter à son historique les travaux les plus précieux. M. Bonnet, de Lyon, dans son ouvrage sur les maladies des articulations, s'est élevé à des considérations pratiques remarquables, et aujourd'hui l'hydarthrose est une des maladies le mieux connues.

L'hydarthrose, comme son nom l'indique (*υδωρ, eau, αρθρον, articulation*), consiste dans l'accumulation d'un liquide plus ou moins aqueux dans une articulation. En effet, le produit ordinaire de la sécrétion peut, dans l'état pathologique être seulement trouble, grisâtre, ou prendre l'aspect du petit-lait non clarifié. Si l'hydropisie des articulations est parfaitement connue, quant à ses effets, si son diagnostic ne laisse rien à désirer, il n'en est pas de même des causes qui la produisent. Il est évident que cet état morbide peut se rattacher à toutes les maladies articulaires; souvent il n'en sera qu'un symptôme, souvent aussi il semble être essentiel, c'est-à-dire que la collection du liquide est la seule circonstance appréciable, le seul phénomène que l'on ait à combattre.

S'attachant plutôt au résultat qu'à la cause, Bichat et Boyer ont dit que l'hydarthrose était produite par le défaut déquilibre entre l'exhalation et l'absorption de la sérosité. D'après Bichat, la sécrétion est produite par une infinité d'artérioles qui parcourent les parois de la membrane séreuse, et se terminent à l'intérieur en laissant s'exhaler la synovie comme une rosée. Si, par défaut d'équilibre, il n'y a pas concordance entre les bouches

exhalantes et les conduits absorbants, le sérosité s'accumule, la synoviale se distend : il y a ce qu'on appelle hydarthrose. Mais est-ce expliquer le fait, de dire : il y a défaut d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption ? N'y a-t-il pas là une cause morbide qui active la sécrétion des séreuses ? Et de ce que cette cause est obscure, de ce qu'elle est quelquefois insaisissable, l'esprit est il plus satisfait par cette explication ?

Les causes de l'hydarthrose sont excessivement variées : elle peut naître à propos de tout, à cause de tout. Parmi les plus fréquentes, nous signalerons les violences extérieures, les entorses, les luxations, les plaies, les corps étrangers dans l'articulation, l'impression du froid humide, le passage brusque d'une température à une autre, les dégénérescences des divers éléments de l'articulation, l'état puerpéral, l'influence rhumatismale, qui a été considérée comme une des causes les plus fréquentes. D'autres circonstances, quoique d'une nature moins probable, nous fournissent l'explication plus ou moins satisfaisante de l'altération que nous observons : l'érysipèle métastatique, la suppression d'un exanthème, des menstrues, de la sueur, la syphilis et principalement la blennorrhagie ; certaines tempéraments, tels que les constitutions lymphatiques, les scrofules, semblent être une prédisposition incessante. Nous devons mentionner l'observation des auteurs modernes qui ont attribué à certains médicaments le triste privilége de développer, de donner naissance à cette affection : M. Blandin a pensé que le copahu avait déterminé, par son administration contre le traitement de la blennorrhagie, des accidents d'hydarthrose ; l'usage prolongé du mercure a paru donner lieu, dans quelques circonstances, à cette affection. Mais n'est-il pas plus naturel de penser que, dans toutes ces observations, on n'a pas assez séparé la cause syphilitique de l'influence que pouvait avoir le traitement ? Nous croyons qu'il est plus facile, dans cette circonstance, d'expliquer l'hydropisie articulaire par diathèse syphilitique, et que souvent encore il n'y a qu'une simple coïncidence.

L'hydarthrose peut affecter toutes les articulations mobiles ; mais les mêmes circonstances qui font que l'articulation fémoro-tibiale est le plus fréquemment le siége des maladies articulaires, la rendent aussi le lieu de

prédilection des hydropisies de sa capsule. M. Boyer a résumé les causes de cette fréquence, par la grande quantité de sérosité nécessaire à lubréfier des surfaces articulaires aussi étendues que celles qui nous occupent, à la fréquence des mouvements de cette articulation, à l'irritation produite par le frottement continuel sur un même point des surfaces osseuses, à la facilité avec laquelle elle devient le siége de douleurs rhumatismales, à la faible épaisseur des parties molles qui l'entourent et la laissent en rapport avec tous les corps extérieurs.

L'hydarthrose du genou sera donc pour nous le type de notre description, comme étant celle qu'on retrouve le plus souvent et par conséquent la mieux étudiée. Dans l'appréciation générale que nous en ferons, nous passerons en revue ses caractères différentiels dans chaque articulation.

L'hydarthrose est caractérisée par une tumeur sans changement de couleur à la peau, molle, élastique, fluctuante, cédant à la pression du doigt sans en conserver l'empreinte, presque toujours indolente ou du moins peu douloureuse. Sa forme varie selon la disposition des articulations qu'elle affecte : on comprend, en effet, qu'il doit en être ainsi, son développement étant soumis à la forme, à l'étendue de la capsule fibreuse, à l'extensibilité plus ou moins considérable de la capsule synoviale dans certains sens. Nous trouverons, dans chaque articulation affectée d'hydropisie, une configuration toute spéciale.

Au poignet, la tumeur fait saillie en avant et en arrière de l'articulation, très-rarement elle devient appréciable sur les côtés; cependant on a observé quelques cas qui ont présenté la tumeur se prolongeant le long du bord radial ou cubital, dans les gaînes tendineuses.

Au coude, on trouve deux tumeurs oblongues de chaque côté de l'olécrâne; elles ne sont jamais considérables.

A l'articulation tibio-tarsienne, la tumeur se manifeste surtout au-devant des malléoles.

Au genou, il y a deux tumeurs bien manifestes dans la flexion occupant les deux côtés de la rotule.

Pendant long-temps on avait négligé l'étude des hydropisies dans les articulations énarthrodiales; c'est ainsi que Boyer et d'autres auteurs n'ad-

mettaient pas l'hydarthrose de l'épaule ni celle de la hanche, et cependant J.-L. Petit expliquait le mécanisme de la luxation consécutive de la cuisse par un épanchement dans l'articulation coxo-fémorale.

M. Jules Roux, professeur d'anatomie à Toulon, a étudié spécialement les effets de l'accumulation du liquide dans ces articulations; il a résumé ses observations dans un mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine (1). Après avoir parlé de l'expansion extra-capsulaire des synoviales sous les tendons des muscles qui recouvrent les articulations orbiculaires, il a dit que l'accumulation du liquide dans ces expansions avait pour effet de faire contracter les muscles qui les recouvrent, et par conséquent d'imprimer aux membres certaines directions; mais, par suite de leur action incessante sur le liquide épanché, les parties les moins résistantes de la capsule fibreuse étaient dilatées, et l'allongement des expansions séreuses extra-capsulaires avait lieu. C'est ainsi qu'il explique ces sortes de hernies séreuses qui se développent autour des hydropisies articulaires. C'est ce qui fait que, dans l'hydarthrose scapulo-humérale, on peut quelquefois sentir la fluctuation à la partie moyenne du bras, dans l'aisselle et jusque dans la fosse sous-épineuse.

Dans l'hydarthrose coxo-fémorale, l'expansion séreuse qui se prolonge sous le tendon des muscles psoas et iliaque, peut donner lieu à une vaste tumeur piriforme qui se développe sous les muscles, et dont la fluctuation est plus facilement perçue en haut et en dedans du membre. L'accumulation du liquide peut affecter seulement les expansions extra-articulaires, lorsque la communication de ces bourses synoviales avec les séreuses de l'articulation se trouve oblitérée, et alors le diagnostic de ces tumeurs devient plus difficile.

Les muscles, distendus par l'accumulation du liquide, communiquent, par leurs contractions diverses, directement aux leviers osseux, et les entraînent dans une position fixe, qui est le résultat de la somme de force de la puissance de chacun d'eux.

M. Bonnet, de Lyon, dans ses Recherches sur la position qu'adoptent

---

(1) Séance du 30 septembre 1845.

les malades atteints de maladies articulaires, en a parfaitement démontré la cause par les effets physiques qui résultent de l'accumulation des liquides dans les cavités synoviales. Les expériences diverses qu'il a faites sur les cadavres, l'ont conduit aux résultats suivants :

1° Le liquide s'interpose entre les surfaces osseuses, ce que quelques auteurs n'adoptaient pas.

2° L'accumulation forcée d'un liquide dans une articulation donne aux os qui la constituent des rapports qui sont toujours les mêmes, quelle que soit la position du membre avant l'injection.

3° Tant que la cavité articulaire est fortement distendue, les rapports qu'ont pris les os ne peuvent être changés, à moins de rupture de la synoviale.

4° La position fixe que prennent les os qui constituent une articulation, lorsqu'un liquide est injecté dans celle-ci, est dans le sens le plus spacieux de la cavité articulaire. Si on veut changer cette position, la synoviale se déchire et le liquide s'épanche dans les intestins musculaires. Les expériences de M. Guérin, avec un tube gradué, ont mis ce fait dans la plus grande évidence.

5° La cause du mouvement imprimé à une articulation par l'injection d'un liquide, dépend de l'interposition de celui-ci entre les surfaces articulaires qu'il force à se disjoindre, et de la résistance inégale des ligaments.

M. Bonnet a répété ses observations sur toutes les articulations, et il en a tiré des conséquences thérapeutiques très-importantes, que l'on ne doit jamais oublier dans la pratique.

Les symptômes de l'hydarthrose varient suivant qu'elle a débuté rapidement, ou qu'elle a, au contraire, affecté une marche lente et chronique. Dans le premier cas, se montrent les phénomènes d'une maladie aiguë : il y a de l'agitation, de la fièvre ; une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans l'articulation ; une tumeur molle, circonscrite, apparaît ; elle varie suivant la position du membre ; enfin, la fluctuation se manifeste à mesure que la quantité de liquide augmente. Tel est l'état aigu, presque toujours lié à une affection rhumatismale ; il est aussi le résultat d'une

arthrite traumatique. Dans tous les cas, c'est la forme la plus insolite de la maladie qui nous occupe.

Pour nous, l'hydarthrose est essentiellement chronique ; elle est presque toujours symptomatique d'une affection articulaire ou d'une affection générale. Nous avons eu occasion d'observer plusieurs fois cette maladie, et nous l'avons vue généralement se développer rapidement, mais presque toujours sans une vive douleur, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau, et cependant le liquide épanché était très-abondant. Quelle que soit sa nature, elle a toujours pour résultat une gêne plus ou moins considérable dans les mouvements du membre, gêne qui d'abord consiste dans un sentiment de faiblesse, puis augmente ; et plus tard, par l'accumulation du liquide, tout mouvement devient impossible.

Après cette courte énumération des caractères généraux de cette affection, nous croyons devoir faire un historique plus détaillé de l'hydarthrose du genou, qui, en raison de sa fréquence, est celle qui demande le plus souvent l'intervention du médecin.

Nous nous rendrons facilement compte du mode de développement de l'hydropisie de la membrane synoviale du genou, en nous représentant exactement la conformation de l'articulation tibio-fémorale à la partie postérieure. Les surfaces articulaires sont très-rapprochées ; l'expansion synoviale est peu considérable, en raison du peu d'étendue dans ce sens de la capsule fibreuse ; en avant au contraire, et sur les côtés, la capsule fibreuse est vaste, extensible, et peut se répandre facilement sur les deux côtés de la rotule, où elle ne trouve aucune résistance. La synoviale qui la tapisse antérieurement, après avoir lubréfié les surfaces articulaires, se réfléchit sous le triceps, et offre ainsi à la collection liquide une source plus abondante, un récipient beaucoup plus étendu ; aussi Boyer avait-il déjà reconnu qu'on ne devait pas trouver la fluctuation à la partie postérieure de l'articulation : en avant et sur les côtés, tout est disposé de la manière la plus favorable pour permettre la recherche d'un épanchement qui n'offrirait même pas des dimensions considérables. Au début de la maladie cependant, surtout si elle n'offre pas de caractères aigus,

l'épanchement peut passer inaperçu pendant quelque temps : il n'est pas assez considérable pour distendre la capsule fibreuse, et il n'y a pas de tumeur sensible à la vue. Mais bientôt tous les caractères de l'hydropisie deviennent manifestes : la rotule est soulevée, projetée en avant, surtout dans l'extension du membre ; on remarque de chaque côté de l'articulation une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, l'interne beaucoup plus considérable que l'externe. Ces deux tumeurs augmentent dans la flexion du membre ; en effet, la rotule et le ligament rotulien refoulent le liquide qui se trouve dans l'articulation, le forçent à se porter sur les parties les plus faciles à déprimer. On voit alors ces deux tumeurs latéralement situées, dures, arrondies ; la fluctuation est presque impossible. Dans l'extension, au contraire, ces deux tumeurs disparaissent ; la tumeur de toute l'articulation est plus régulière, la rotule redevient mobile, soulevée, et on peut, par une pression méthodique exercée sur un des côtés, sentir manifestement la fluctuation sur le côté opposé. Lorsque la quantité de liquide augmente, la tumeur s'étend supérieurement jusques dessous le triceps, en sorte qu'on peut encore sentir à la partie antérieure de la cuisse, et assez loin, le mouvement du liquide. A cet état de développement de l'hydarthrose, les mouvements de l'articulation sont ordinairement impossibles : un sentiment de pesanteur et de gêne se fait sentir, le malade reste couché et le membre est dans la demi-flexion, appuyé soit sur la jambe saine, avec rotation en dedans, soit sur sa surface externe, avec rotation en dehors. Cette position est indépendante de la volonté du malade, mais est due, d'après les expériences de M. Bonnet, à ce que la plus grande capacité de l'articulation correspond à la position de demi-flexion.

Si les caractères de l'hydropisie du genou sont bien tranchés lorsque l'épanchement est considérable, il n'en est plus de même lorsqu'on n'a qu'une collection peu importante à constater, et souvent le diagnostic est des plus obscurs. M. Velpeau indique un moyen très-simple d'exploration, qui lui a toujours réussi. Il fait placer le membre dans l'extension et le relâchement le plus complet, afin que la rotule, libre de toute contraction musculaire, puisse jouer librement sur les surfaces articulaires. Alors il

exerce une compression exacte sur la collection, comme pour sentir la fluctuation; s'il existe du liquide dans l'articulation, il le refoule en avant; la rotule et le ligament rotulien sont soulevés. Si dans cette manœuvre ces parties n'éprouvent aucun mouvement, on est en droit d'en conclure que la collection n'existe pas dans l'articulation. Il donne enfin, comme plus positif, le moyen suivant : On embrasse d'une main les parties supérieures et latérales de l'articulation, et on les refoule vers le centre; dans cette position, la rotule est libre et peut être déprimée contre la poulie fémorale. S'il existe une certaine quantité de liquide, la rotule est repoussée aussitôt, et se relève à la manière d'un arc; s'il n'y a pas de liquide, on n'éprouvera qu'une sensation de glissement.

Nous ne terminerons pas l'historique des symptômes sans mentionner l'existence d'une tumeur qui a été indiquée par M. Marjolin; on la trouve souvent, si l'hydarthrose est ancienne, dans la profondeur des tissus. C'est une induration circonscrite, formant un noyau dur qui roule sous le doigt; elle siège ordinairement au niveau du point où la synoviale se replie pour passer de la surface de l'os à la face interne de la capsule; plus souvent encore elle est située à la partie antérieure et externe de la rotule, à 3 ou 4 centimètres du bord supérieur, ou plus haut, si la synoviale est grandement distendue. Cette observation de M. Marjolin fixa l'attention de quelques praticiens, qui cherchèrent à en déterminer l'existence et la nature. M. Bérard, dans une thèse de concours à la Faculté de médecine de Paris, la considère comme de nature cartilagineuse, dont le frottement continuel irritait les surfaces articulaires et augmentait la sécrétion de la synovie. M. Malgaigne a plusieurs fois eu l'occasion de la constater : il a consigné ses observations dans son journal de chirurgie (mai 1844). Il en résulte que ce sont des corps étrangers de nature graisseuse, mais dont on constate la présence dans le genou sain comme dans le côté malade; seulement, dans l'état pathologique, ils acquièrent plus de volume, ce qui les rend plus appréciables, et après la guérison, on peut encore en constater la présence, mais ils ont de plus petites dimensions. Enfin, ces petites tumeurs peuvent manquer dans le genou malade, et ne se développent pas toujours au côté externe et supérieur de l'articulation : on les

retrouve sur le côté interne. Il s'est assuré que cette tumeur n'était qu'un flocon de tissu adipeux, faisant suite à la couche graisseuse interposée entre la rotule et la surface articulaire.

En résumant tout ce que nous venons de dire sur les symptômes de l'hydarthrose, on voit que l'on est arrivé, sur cette affection, à une précision de diagnostic qui laisse peu de choses à désirer. Cependant elle a été confondue avec d'autres affections articulaires, dont il est important de la différentier; telles que l'œdème du tissu cellulaire, les tumeurs fongueuses des articulations, les kystes synoviaux, les abcès.

L'œdème peut se présenter sous forme de tumeur molle, indolente; mais on constatera l'absence de fluctuation : elle conservera parfaitement l'impression du doigt si on exerce une certaine pression. Les surfaces articulaires ont conservé leur rapport, ce qui fait que le malade peut exécuter des mouvements qui sont impossibles dans l'hydarthrose.

Le rhumatisme articulaire peut déterminer dans l'articulation un gonflement considérable qui pourrait en imposer; mais encore ici, l'absence de fluctuation, tout le cortége des accidents inflammatoires qui accompagnent cette affection : douleurs excessives, chaleur vive et lacérante; la promptitude avec laquelle tous ces symptômes se sont déclarés, suffisent pour nous faire éviter l'erreur et constater avec certitude la nature de la maladie.

Les tumeurs fongueuses nous présentent des caractères extérieurs qu'avec moins d'attention on pourrait encore confondre avec ceux que nous constatons dans la maladie dont nous traitons. En effet, il existe un gonflement du genou, elles cèdent à la pression du doigt, de manière à pouvoir en imposer pour une collection liquide qui se déplacerait; mais, en examinant de plus près et avec attention, on sent qu'on n'a plus la même sensation : ce n'est pas de la fluctuation, mais des tissus mous, élastiques, qui simulent, mais n'ont pas le caractère d'un liquide. Puis, ici encore, la maladie marche avec ses symptômes propres; il y a des désordres faciles à constater, qui suffisent à fixer positivement la nature de la maladie.

Les kystes séreux peuvent aussi simuler une hydarthrose ; et l'erreur serait facile, s'ils occupaient la même place dans l'articulation. On trouve bien, il est vrai, dans l'hydropisie de la bourse muqueuse qui se trouve sous le ligament rotulien, une tumeur de chaque côté ; mais la tumeur est circonscrite, bornée à la région rotulienne : le liquide ne peut être repoussé dans l'articulation ; au contraire, on le retrouve au-devant de cet os qui se trouve profondément caché. C'est donc le contraire de ce qui se présente dans l'hydropisie confirmée.

Les abcès qui se développent dans les articulations demanderont moins d'attention : il suffit d'observer leur marche dès le début. Ils sont, en effet, presque constamment accompagnés des symptômes inflammatoires ; des collections purulentes, des douleurs vives, des élancements, une fièvre intense, suffisent pour fixer l'attention, et nous verrons que leur caractère de fluctuation n'est plus celui que nous avons indiqué dans l'hydropisie articulaire.

Nous n'insisterons pas sur les erreurs auxquelles ont pu donner lieu des tumeurs anévrysmales développées autour des articulations. Aujourd'hui, leur caractère propre, leur diagnostic est bien décrit : la position que ces tumeurs occupent suffirait pour faire éviter de faire fausse route.

Le pronostic de l'hydarthrose n'est pas ordinairement trop grave ; cependant il peut devenir fâcheux suivant la cause qui a déterminé la maladie, suivant sa marche et sa nature, et surtout selon l'articulation qui est devenue le siége de l'hydropisie. En effet, elle peut être idiopathique ou symptomatique, elle peut être simple ou ancienne : toutes choses égales d'ailleurs, celle qui se sera développée plus lentement, qui sera plus ancienne, présentera plus de gravité ; elle sera encore d'autant plus sérieuse, que l'articulation affectée est plus grande, plus vaste et soumise à des mouvements fréquents.

L'hydarthrose qui prend naissance dans un état morbide général ou qui succède à un rhumatisme aigu, peut, dans quelques circonstances, disparaître aussi rapidement qu'elle s'est formée, sous l'empire d'un traitement énergique bien dirigé ou sous l'influence d'un modificateur de la cons-

titution; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on voit cette affection prendre quelquefois un caractère de chronicité vraiment désespérant. Si le liquide disparait, ce n'est que lentement; le bénéfice du traitement se fait à peine sentir, et la maladie conserve une grande tendance à se produire de nouveau. Le pronostic devient tout-à-fait grave et fâcheux si la maladie survient à la suite d'une affection particulière; elle s'accompagne presque toujours alors de désordres considérables, et on se trouve en face de tous les accidents qui compliquent les tumeurs blanches ou les tumeurs fongueuses, et il n'est pas rare que tous les moyens thérapeutiques, les plus intelligemment administrés, viennent échouer contre une altération profonde qui réagit d'une manière si terrible sur toute l'économie. La terminaison la moins défavorable est alors l'ankylose du membre, que le médecin doit se hâter de favoriser; trop heureux si, en cherchant à obtenir ce résultat, le malade ne succombe pas. D'après tout ce qui précède, nous ne pouvons donc jamais regarder l'hydropisie des membranes séreuses des articulations comme une maladie légère, même dans les cas les plus heureux; lorsqu'elle se termine par une résorption prompte, on doit se tenir en garde contre ses reproductions, car elle a une grande tendance à la récidive.

Rarement on a eu l'occasion de pouvoir disséquer des articulations affectées d'hydarthroses simples. MM. Dupuytren et Blandin ont cependant pu nous en donner quelques observations, et nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire leur description.

M. Dupuytren, chez un supplicié qui lui fut apporté à l'Hôtel-Dieu, rencontra un cas d'hydarthrose double, et il nous en donne l'historique (1). « Les deux genoux avaient acquis un volume considérable, sans changement de couleur à la peau; des deux côtés de chacune des rotules, s'élevaient deux tumeurs verticalement oblongues, dans lesquelles on sentait, ainsi qu'aux parties latérales de l'articulation, une fluctuation distincte. A l'ouverture de la tumeur, il s'écoule de l'une douze onces, de l'autre treize

(1) Dict. des scienc. méd., T. XXI, pag. 148.

onces d'une liqueur visqueuse, filante, transparente, quoique un peu rougeâtre, ayant une odeur fade, difficile à caractériser, et une saveur légèrement salée. Les cavités articulaires, dans lesquelles était renfermée cette quantité prodigieuse de synovie, s'étaient accrues presque uniquement par leur partie supérieure. La capsule synoviale, refoulée en haut au-dessous du tendon du triceps fémoral, remontait à quatre pouces au-dessus des surfaces articulaires de l'extrémité tibiale du fémur. Les côtés de la cavité étaient très-dilatés devant et derrière les ligaments latéraux ; la face poplitée n'avait souffert presque aucune distension. La capsule synoviale, plus rouge et plus épaisse que dans l'état naturel, présentait de toute part, à sa surface intérieure, des pelotons inégaux par leur forme et leur volume, supportés par des pédicules plus ou moins larges, et desquels on exprimait par la pression une liqueur semblable à celle que renferme la tumeur synoviale. Les parties voisines du genou étaient saines, et toutes les autres articulations, chez cet individu, étaient dans un état normal. » Il est impossible de donner une description plus exacte et plus détaillée de l'état pathologique dans lequel se trouvaient les articulations du sujet observé; nous ajouterons cependant que rarement on trouve des collections aussi abondantes, et qu'elles varient beaucoup, soit en quantité, soit en qualité. On sait, aujourd'hui surtout que la méthode de l'évacuation par la ponction est souvent employée ; on sait, dis-je, que le liquide peut être visqueux, transparent, tantôt trouble, grisâtre comme du petit-lait caillé, tenant en suspension des flocons albumineux ; il peut être rougeâtre. M. Blandin prétend, lui, dans toutes ses recherches, avoir trouvé la synovie plus ou moins injectée, les cartilages sans trace de vascularisation, présentant seulement une dissociation de leurs fibres que n'a pas trouvée M. Dupuytren. La membrane synoviale est rouge, épaissie, et pendent de sa surface de petites houppes pédiculées, qui laissent échapper la synovie.

M. A. Richet, qui, lui aussi, a examiné plusieurs cas d'hydarthrose, a trouvé la membrane blanche et comme lavée. Cela vient à l'appui de ce fait, que l'hydropisie de la capsule synoviale n'est pas une suite constante d'inflammation.

Les causes de cette affection sont si multipliées et si différentes, sa nature est si souvent obscure, qu'on ne peut s'étonner de voir employer successivement, avec des résultats tout-à-fait divers, tous les moyens thérapeutiques. La première indication qui se présente à remplir est de faire disparaître l'épanchement qui existe dans l'articulation, et d'empêcher qu'il ne se reproduise, lorsqu'on a été assez heureux pour remplir la première indication avec succès, et que l'articulation semble jouir de toute sa liberté d'action. Mais de combien de difficultés se trouve environné ce premier point, qui semble d'abord si simple! Il s'agit de reconnaître la collection, sa cause et sa nature. Dans certains cas, elle semble être essentielle : l'accumulation du liquide est le seul phénomène appréciable ; il n'y a pas de douleur, pas d'antécédents, etc. Mais il n'en est pas toujours ainsi : elle peut débuter tout-à-coup sous l'influence d'un état morbide général; dans d'autres circonstances, elle est évidemment symptomatique d'une affection contre laquelle il faut diriger d'abord tous ses moyens thérapeutiques, sous peine, si on ne traite pas la maladie première, de n'obtenir le moindre succès. La sagacité du médecin est alors mise à contribution, et doit le diriger dans le choix qu'il fera d'un traitement rationnel, d'après les indications si diverses que présente la maladie dont nous venons de retracer tous les caractères.

Le traitement de l'hydarthrose doit donc être envisagé d'une manière générale, en tenant compte toutefois des indications particulières fournies par les symptômes et par l'étude des causes. Qu'elle soit simple ou compliquée, cette affection peut revêtir tous les caractères inflammatoires et réagir sur l'économie tout entière. La ligne de conduite du médecin est alors toute tracée : les anti-phlogistiques doivent être employés avec plus ou moins d'énergie, suivant la constitution individuelle, l'intensité ou la persévérance des phénomènes morbides ; saignées générales assez copieuses ; quand le malade est jeune et vigoureux, applications de sangsues autour de la tumeur ; concurremment avec ces moyens, la diète, les boissons délayantes, les fomentations émollientes, et premièrement le repos le plus absolu et constant de l'articulation malade. L'onguent mercuriel,

préconisé par M. Serres, d'Uzès, et employé suivant sa méthode, est bien évidemment un anti-phlogistique puissant et peut être administré avec succès : telle est la base d'un traitement à diriger contre les symptômes inflammatoires qui peuvent accompagner l'hydarthrose à son début. Tous ces moyens éminemment anti-phlogistiques reçoivent leur application quand la sécrétion morbide est bien évidemment le résultat d'un état inflammatoire bien constaté ; mais il faut se tenir en garde contre son abus, car il serait encore plus nuisible de persister long-temps dans l'emploi de moyens aussi énergiques. Il faut tenir compte de la constitution individuelle et de la cause présumée qui aura déterminé les accidents que présente l'articulation. Il faudra recourir aux purgatifs souvent prolongés, à l'emploi des diurétiques, des diaphorétiques, de manière à agir vigoureusement sur les principaux organes de sécrétion ; quelques-uns surtout de ces médicaments, par leur mode particulier d'action, méritent la plus grande confiance : ainsi, l'usage du calomel, par la nature toute particulière des selles séreuses qu'il provoque abondamment, est d'une utilité incontestable. Par le choix de moyens thérapeutiques bien dirigés, on peut espérer obtenir, et on obtient quelquefois un résultat promptement avantageux ; mais il ne faut jamais perdre de vue la cause qui entretient ou qui a produit l'hydropisie. Si on peut la rapporter à une diathèse syphilitique, à un vice scrofuleux ou rhumatismal, à un érysipèle métastatique, à un exanthème supprimé, à la disparition subite d'un écoulement blennorrhagique, il est évident qu'il faut diriger tous ses efforts vers la maladie générale. Ce ne sera qu'après un traitement anti-syphilitique prolongé, qu'après l'emploi des anti-scrofuleux qu'on peut espérer quelques avantages dans la cure de la maladie localisée sur une articulation par des révulsifs à la peau ; il faut rappeler l'exanthème, s'appliquer à faire reparaître les menstrues supprimées. Si c'est pendant le cours d'un écoulement blennorrhagique, on emploiera avec avantage le baume de copahu, le poivre cubèbe. Si l'écoulement blennorrhagique a disparu tout-à-coup, il faut le ranimer par des moyens excitants ou combattre l'état inflammatoire local qui aurait pu déterminer cet accident : c'est le cas de faire appliquer des sangsues au périnée. J'ai vu un cas d'hydarthrose dans

lequel le gonflement ou plutôt l'accumulation du liquide augmentait ou diminuait d'un jour à l'autre, suivant qu'une orchite dont était porteur le malade éprouvait un mouvement de diminution ou d'augmentation : on obtint une cure radicale des deux affections en plaçant un exutoire à la partie supérieure de la cuisse, indépendamment toutefois d'un traitement local.

L'hydarthrose des femmes en couches sera traitée comme une complication de la fièvre puerpérale : quelques évacuations sanguines, l'emploi de légers purgatifs, et sur la tumeur, des fomentations émollientes, des liniments adoucissants, suffiront au traitement.

Quant à l'hydarthrose de cause locale, celle qui doit surtout nous occuper et dont nous allons plus spécialement donner le traitement, elle peut survenir très-rapidement à la suite d'une chute, d'une contusion violente de l'articulation; elle n'est plus alors qu'un symptôme d'une arthrite aiguë et doit être traitée comme tel. Si, au contraire, elle se développe lentement, sans être accompagnée de douleur prononcée, nous aurons tous les caractères de l'hydarthrose à forme chronique.

MM. Blandin et Gerdy, supposant que toujours il y a dans le développement de cette affection une cause de nature inflammatoire, ou du moins une sub-inflammation de la membrane synoviale, veulent qu'on commence invariablement le traitement par des évacuations sanguines; c'est surtout une application de sangsues au pourtour de l'articulation sur laquelle ils insistent le plus. S'il y a de la douleur, nous adoptons parfaitement leur méthode, qui n'est pas, je crois, indispensable dans beaucoup de circonstances.

Au nombre des agents thérapeutiques les plus efficaces, nous citerons en première ligne le tartre stibié, qui a été employé avec tant de succès par M. le docteur Gimelle, chirurgien-major du Gros-Caillou. Ce praticien s'est livré à une étude toute particulière des effets de ce médicament dans la maladie qui nous occupe, et il a obtenu des résultats remarquables. Il parle de 28 cas de guérison, obtenus dans diverses espèces d'hydarthroses par l'emploi du tartre stibié à dose Rasorienne, ayant déterminé une résolution prompte et complète des épanchements articulaires. En 1837,

déjà il publia un Mémoire sur l'utilité de sa méthode. Plus tard, en 1845, de nouveaux faits étant venus corroborer ses premiers essais, M. Gimelle vint, dans un autre Mémoire, compléter ses travaux. Nous ne constaterons qu'un fait très-important : c'est le succès réel qu'on obtient par ce mode de traitement. Car comment agit le tartre stibié dans cette affection? M. Gimelle croit à une vertu spécifique ; d'autres supposent que, comme révulsif puissant, il agit sur le tube intestinal. Nous profiterons du bienfait sans trop chercher à approfondir. Le premier jour du traitement, le malade est soumis à l'administration de 20 centigram. de tartre stibié dans une potion de 120 grammes de véhicule. Les jours suivants, sans augmentation du liquide, il augmente de 10 centigrammes la dose de l'émétique jusques à 1 gramme à prendre dans les 24 heures. La tolérance du médicament s'est toujours parfaitement établie, et dans une période de 15 à 20 jours la guérison a presque toujours été complète et définitive. Les sensations éprouvées par les malades ont toujours été à peu près les mêmes, quelles que soient les individualités : le pouls fréquent, mais diminution de sa force ; la voix affaiblie, les yeux cernés, abattus, comme après de longues fatigues. La nuit surtout, le malade est couvert de sueurs abondantes, les urines sont rares; puis, la réaction s'établit, tous ces phénomènes diminuent, et le malade éprouve un bien-être remarquable.

Du reste, M. Gimelle lui-même ne rejette pas tout autre moyen, et, suivant les indications, il fait précéder son traitement, soit de saignées générales ou locales, de frictions opiacées, de fomentations, etc., etc.

Que dirons-nous de l'hydrosudopathie, préconisée par M. Bonnet, de Lyon? C'est un moyen perturbateur qui demande la plus grande réserve et peut être nuisible : nous attendrons que l'observation ait prononcé.

La douche est un moyen essentiellement excitant; elle percute les tissus sur lesquels elle agit; elle y exerce une espèce de massage qui peut être fort utile. Il faut encore beaucoup de réserve dans ce moyen très-énergique, qui ne peut être mis en usage que lorsque tout signe d'état inflammatoire aura disparu.

Les eaux minérales, préconisées avec juste titre, sont dans les mêmes conditions et demandent beaucoup de précautions.

Dans le but de favoriser l'activité de l'absorption, on a conseillé les frictions avec des flanelles trempées dans des liqueurs résolutives, ou imbibées de vapeurs aromatiques de benjoin, de succin; les bains sulfureux, les frictions mercurielles, les vésicatoires, les moxas, les cautères et la cautérisation transcurrente; mais ce moyen, s'il n'est pas beaucoup plus douloureux, est effrayant pour les malades, qui éprouvent la plus grande répugnance à le mettre en usage; puis, enfin, il n'est pas réellement utile pour faire passer sur ses inconvénients. Les larges vésicatoires, que M. Velpeau emploie avec succès, sont de beaucoup préférables; on obtiendra aussi de bons résultats de cautères placés autour de l'articulation et entretenus pendant long-temps. Tous ces agents sont avantageux, et doivent être préconisés quand l'articulation n'est plus douloureuse, qu'elle a dépouillé tout caractère inflammatoire. Mais souvent il reste un empâtement contre lequel il faut aussi diriger ses moyens d'action : c'est le cas de recourir à la compression. Elle doit être entourée de certaines précautions : il faut qu'elle soit exacte partout, égale sans trop de constriction et surveillée avec soin. On remplira ces indications avec de longues bandelettes de diachylon, et le tout maintenu par un bandage roulé amidonné. Ce bandage doit commencer à la partie inférieure du membre, et, en remontant, recouvrir toute l'articulation sans plis; il doit être surveillé et réappliqué, aussitôt que par la diminution, ou de la collection liquide, ou de l'état œdémateux du membre, il sera devenu plus lâche. Il ne faut pas négliger le moyen le plus important, la position et l'immobilité absolue; car, à l'aide de ce seul moyen d'un repos forcé et constant, en mettant le membre dans des gouttières de différente nature, on a obtenu en peu de jours la disparition d'un engorgement considérable au moyen de la cautérisation générale de l'articulation par le nitrate d'argent, ou l'imbibition de compresses trempées dans une solution concentrée d'azotate d'argent. M. Moretz, de Coblentz, a vu disparaître en peu de temps des collections énormes de liquide : c'est un moyen énergique, appelé à rendre de grands services dans le traitement de l'hydarthrose.

Si, malgré l'emploi de tous ces moyens, on n'arrive pas à la solution de la maladie, il faut recourir à un mode de traitement plus important, et

qui demande beaucoup de prudence et de sagacité ; c'est surtout si l'affection est entretenue par la présence de corps étrangers, cartilagineux ou osseux, qu'on sera forcé de l'employer : je veux parler de l'incision et de la ponction.

On a proposé l'incision simple de la capsule, l'incision avec déplacement des téguments proposée par Boyer, enfin la ponction avec les mêmes précautions, de manière, en détruisant le parallélisme de la peau, à éviter l'introduction de l'air dans l'articulation. L'incision de la capsule a été tout-à-fait rejetée de la pratique, et hors le cas d'un corps étranger volumineux, on ne l'emploierait pas. Avec la méthode de déplacement, on n'a guère plus de succès, et M. Blandin la blâme énergiquement. La méthode de M. Goyrand (d'Aix) est préférable.

Un mode de traitement d'une grande innocuité et fort simple, c'est la ponction, proposée par Campon, Guérin et Malgaigne ; ils ne s'en servent que pour l'évacuation du liquide. Mais alors que devient son importance? On ne peut en espérer de guérison : la cause pathologique n'en existe pas moins, et la muqueuse non modifiée continuera à sécréter avec abondance ; la maladie récidivera. MM. Guérin et Bonnet ont reconnu des cas de rupture spontanée, ce qui n'a pas empêché la maladie de suivre son cours. On doit, dans cette circonstance, mettre à contribution la compression méthodique dont nous avons parlé plus haut, ainsi que les résolutifs puissants dont nous avons fait l'énumération. Si, nonobstant toutes les précautions, l'épanchement persiste, la gêne devient plus grande; si on a à craindre la destruction des ligaments, c'est alors qu'on doit, sans retard, tenter la modification de la séreuse. M. Gay, médecin du Cap, employa dans un cas d'hydarthrose, chez une négresse, un mélange d'eau, de goulard et de tafia. En 1830, M. Jobert essaya de nouveau ce moyen, mais il fut encore mis de côté ; sans doute on n'avait point obtenu le succès qu'on en attendait. Enfin, en 1841, MM. Velpeau et Bonnet proposèrent les injections iodées. M. Velpeau les employait déjà dans le traitement de l'hydrocèle ; il était naturellement conduit à les mettre en pratique contre une affection qui offre certaines relations : il se sert de deux parties d'eau et d'une partie de teinture d'iode. M. Bérard a proposé

la même injection à parties égales. L'inflammation est alors peu douloureuse, modérée, et suffit à faire disparaître la lésion ; il faut cependant surveiller le malade, et se tenir prêt à combattre les accidents qui pourraient se présenter.

Le procédé opératoire est fort simple, et nous ne pouvons mieux faire que d'en donner la description, d'après le tableau si lucide et si clair que nous en donne l'auteur. Le membre est placé dans l'extension, afin de refouler le liquide à la partie intérieure du genou, et d'éloigner la rotule et le triceps de la partie antérieure du fémur ; le chirurgien, armé d'un trois-quarts de petite dimension, l'enfonce au-dessus de la rotule vers le côté interne ou externe du genou, pendant qu'un aide comprime avec la main le côté opposé de la tumeur, pour la rendre plus saillante. Le poinçon, en pénétrant de 2 centimètres, doit venir frapper la partie du fémur, et on est sûr d'être dans la cavité ; il faut ponctionner à la base d'un pli fait à la peau, pour que les différents plans cessent de se correspondre quand l'opération sera terminée. Le liquide sort alors ; il n'est pas utile de le faire tout sortir ; quant à l'injection qui doit le remplacer momentanément, elle ne doit pas l'égaler en quantité. On malaxe la tumeur pour mettre les parois partout en contact ; puis on laisse évacuer, sans comprimer les parties molles, et on se tient en garde contre les accidents inflammatoires.

L'opération n'est pas encore nécessairement suivie de succès ; elle réussit, si l'hydarthrose est ancienne, sans complication ni induration des parties molles extérieures à la synoviale. Il y a peu de chance de succès, si l'affection des cartilages, caractérisée par un craquement particulier perceptible au malade et au médecin, a déjà manifesté son existence. Quelle que soit la gravité de la maladie sur laquelle nous venons de jeter un coup-d'œil, nous avons quelquefois vu des cas de guérison, même sans ankylose. Il n'y avait donc pas là d'adhérence des surfaces séreuses, qui avaient seulement été modifiées. Un pareil résultat est bien consolant pour le praticien assez heureux pour l'obtenir.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

auxquelles le Candidat répondra verbalement.

(Arrêté du 22 Mars 1842.)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE. — *Des préparations pharmaceutiques dont le jalap et la scammonée sont la source.*

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE. — *Des symptômes de l'empoisonnement par l'acide azotique; des lésions produites par cet acide.*

BOTANIQUE. — *De la valeur proportionnée des caractères des plantes, dans le but de la méthode naturelle de classification végétale.*

ANATOMIE. — *Doit-on considérer le nerf glosso-pharyngien comme complémentaire du nerf trijumeau ?*

PHYSIOLOGIE. — *Quand des animaux ont été mutilés au point de n'avoir plus les lobes du cerveau, les fonctions de relation qu'ils exercent doivent-elles être attribuées à la volonté, ou bien est-ce à l'instinct?*

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES. — *Marquer et approfondir les différences pathologiques entre l'homme et les animaux.*

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE. — *Du délire aigu et du délire chronique ; dépendent-ils de la même cause?*

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE. — *Des luxations de la clavicule.*

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE. — *Des indications fournies par les indications du sujet.*

OPÉRATIONS ET APPAREILS. — *De la ténotomie dans les différentes espèces de pied-bot.*

MÉDECINE LÉGALE. — *De la survie.*

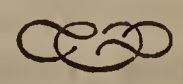
HYGIÈNE. — *Quels rapports y a-t-il entre l'histoire naturelle et l'hygiène?*

ACCOUCHEMENTS. — *De l'hémorrhagie utérine pendant le travail de l'enfantement; moyens d'y remédier.*

CLINIQUE INTERNE. — *La contagion est-elle essentielle ou accidentelle à certaines maladies?*

CLINIQUE EXTERNE. — *Des avantages et des inconvénients du mercure et des sudorifiques dans le traitement des maladies syphilitiques.*

TITRE DE LA THÈSE A SOUTENIR. — *De l'hydarthrose et de son traitement.*



SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er *Examen.* Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.

2e *Examen.* Anatomie, Physiologie. (Préparation anatomique.)

3e *Examen.* Pathologie interne et externe. (Opération.)

4e *Examen.* Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale. (Composition française.)

5e *Examen.* Accouchements, Clinique interne et externe. (Examen au lit du malade, Composition latine.) Fournir les observations recueillies au lit du malade, et présenter des certificats de stage dans les hôpitaux, signés des professeurs de Clinique médicale et de Clinique chirurgicale.

6e *Examen.* Présenter et soutenir une thèse.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MM. BERARD ❋, Doyen.	*Chimie générale et Toxicologie.*
LORDAT O. ❋.	*Physiologie.*
CAIZERGUES O. ❋.	*Clinique médicale.*
DUPORTAL ❋, Président.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ❋.	*Anatomie.*
GOLFIN ❋.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES ❋.	*Hygiène.*
RECH ❋.	*Pathologie médicale.*
RENÉ ❋.	*Médecine légale.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON ❋.	*Clinique chirurgicale.*
BOYER.	*Pathologie externe.*
DUMAS, *Examinateur.*	*Accouchements.*
FUSTER.	*Clinique médicale.*
JAUMES.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
N.	*Clinique chirurgicale.*
. . . . .	*Botanique.*

M. LALLEMAND O. ❋, Professeur Honoraire.

AGRÉGÉS en exercice.

MM. CHRESTIEN.	MM. LOMBARD.
BROUSSE.	ANGLADA, *Examinateur.*
PARLIER ❋.	LASSALVY.
BARRE.	COMBAL.
BOURELY, *Examinateur.*	COURTY.
BENOIT.	BOURDEL.
QUISSAC.	. . . . .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.